

診 断 書

※この診断書は、1ヶ月以上療養等が必要な場合に発行してください。

患者氏名

住所

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

病名

〈病状〉

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲み、() 内に必要な期間を記入してください。
ただし、1ヶ月以上の療養等が必要ない場合、診断書の発行はせず、患者様に市へご相談
いただくようお願いください。

- 1 今後、概ね() か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね() か月以上の期間、在宅で安静が必要である。
- 3 今後、概ね() か月以上の期間、日常生活を送る上で、全面的に介護、
介助が必要である、又は常に嚴重な注意を要する。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

